3me ANNÉE N° 16 AVRIL 1897.

ARCHIVES NATIONALES DE STOMATOLOGIE ET D'ART DENTAIRE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Organe de l'École et des Praticiens de la Province

Il sera rendu compte des ouvrages et thèses dont il sera adressé deux exemplaires et des appareils dont il sera envoyé un spécimen.
Les auteurs de travaux originaux ont droit à 50 exemplaires tirés à part.

SOMMAIRE

PRIX DE L'ABONNEMENT

UN AN (FRANCE ET ÉTRANGER) : 5 F. — PRIX DU NUMÉRO : 50 C.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

Bordeaux — 226, Rue Sainte-Catherine, 226.

M. Louis SEIGLE, Administrateur.

Cours pratiques de Clinique Dentaire
DU MATIN

De 8 h. à midi. — **COURS DE DENTISTERIE par MM. les professeurs :**

LUNDI, **Dumora**, Diplômé de l'École dentaire de Paris, Chirurgien dentiste de la Faculté de Paris.

M. Paul CAYROL, démonstrateur.

MARDI : **Brugeille**, docteur en Chirurgie dentaire du Maryland, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux.

M. Jacques PORENTRU, démonstrateur.

MERCREDI : **Seigle**, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Camille PAPON, démonstrateur.

JEUDI : **Rolland**, docteur en médecine, Directeur de l'École. (*Anesthésies*).

Chef de Clinique : M. May BARRAL, Docteur en chirurgie dentaire de Philadelphie, Chirurgien dentiste diplômé.

M. Elie LASSAQUE, démonstrateur.

VENDREDI : **Lot**, Diplômé de l'École dentaire de Paris, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
M. BARIL, Chef de Clinique délégué, Chirurgien-dentiste diplômé.
M. Jean ARMAND, démonstrateur.

SAMEDI : **Dutour**, Docteur en médecine, Diplômé de l'École dentaire de Paris.

Chef de Clinique : M. QUÉRÉ, docteur en médecine, diplômé de l'École dentaire de Bordeaux.

M. Marcel DENOYER, démonstrateur.

COURS DE MÉCANIQUE ET DE PROTHÈSE DENTAIRES

LUNDI, de 2 à 5 h., M. **Louis Seigle**, Chirurgien-dentiste. — Professeur de prothèse théorique.

MERCREDI : de 2 à 5 h., M. PORENTRU, Démonstrateur de Prothèse.

VENDREDI : de 2 à 5 h., M. **Seigle** aîné, Chirurgien-dentiste. — Professeur de Prothèse.

ARCHIVES NATIONALES

DE

Stomatologie et d'Art dentaire

SOMMAIRE

KYSTES DES MACHOIRES

LEÇONS PROFESSÉES A L'ÉCOLE DENTAIRE

Par le Dr CAMILLE FROMAGET

Ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine

DEUXIÈME LEÇON

III

KYSTES DERMOÏDES

MESSIEURS,

Dans la première leçon nous n'avons étudié que les kystes mucoïdes des mâchoires. Ce sont les plus rares, les plus exceptionnels et de vraies surprises d'examen histologique.

Les plus fréquents, au contraire, sont les *kystes dermoïdes,* c'est-à-dire, ceux dont la paroi est constituée par un tissu analogue au tégument externe, et recouverte par un épithélium pavimenteux et des cellules adamantines. Ce sont les raisons pour lesquelles ALBARRAN les appelait *épithéliomas kystiques dermoïdes, pavimenteux* ou *adamantins.*

Ces kystes dermoïdes sont nombreux et variables. Les uns renferment des dents plus ou moins développées, les autres n'en renferment pas.

Les uns sont constitués par une loge, les autres par plusieurs.

Pour ces raisons, on a cru devoir faire parmi eux des classifications. Nous nous y conformerons pour ne pas rompre complètement avec l'usage, tout en montrant ce qu'ont d'artificiel ces bornes qu'on veut imposer parfois aux faits cliniques.

Nous examinerons successivement :

1° Les kystes dermoïdes dentifères;
2° id. id. uniloculaires;
3° id. id. multiloculaires.

1° Kystes dentifères

Définition. — *Les kystes dentifères sont ceux qui renferment dans leur intérieur des dents ou des éléments qui doivent les constituer.*

Ils sont connus depuis longtemps et nous ne reviendrons pas sur la bibliographie que nous avons déjà résumée.

Siège. — Ils peuvent siéger aux deux mâchoires. Ils sont plus fréquents à la mâchoire inférieure. Morelot en a trouvé un dans la branche montante du maxillaires supérieur.

On peut aussi les trouver développés autour des dents hétérotopiques : Magitot, Barnes, Gensoul en ont observé jusqu'au-dessous de l'orbite, à la voûte palatine.

Nombre. — Presque toujours ils sont uniques. On peut cependant en rencontrer deux, ou plusieurs, au même maxillaire ou aux deux. Baum a vu deux sinus maxillaires dilatés par deux kystes qui renfermaient une molaire et une canine.

Volume. — Leurs dimensions sont extrêmement variables; ils peuvent cependant acquérir un volume considérable, celui du poing par exemple, envahir la moitié ou tout le corps de l'os.

Symptômes. — Les kystes dentifères se rencontrent chez les personnes jeunes, au moment de la deuxième dentition.

Les symptômes fonctionnels sont presque nuls. Le plus souvent, ils évoluent lentement, sans phénomènes douloureux. Parfois des névralgies les accompagnent. On voit, en examinant la région malade, se produire une tumeur qui devient de plus en plus volumineuse. Cette tumeur est dure, ses parois sont recouvertes par l'os lui-même; plus ou moins arrondie, elle fait saillie surtout à la partie externe, moins vers la partie interne.

En se développant, elle peut refouler le canal dentaire, com-

primer le nerf et donner naissance à des névralgies rebelles. La muqueuse ne présente qu'un peu de rougeur à son niveau.

En examinant les dents, on constate ordinairement que la dent qui correspond au kyste fait défaut. Je dis ordinairement, parce que parfois il existe des dents surnuméraires ou hetero-topiques qui peuvent induire en erreur.

Les autres dents au voisinage de la tumeur sont *repoussées, déviées, chassées aussi de leurs alvéoles*.

Ces tumeurs, dès qu'elles sont volumineuses donnent lieu à des troubles de la mastication, de la parole.

Celles qui siègent au niveau du maxillaire supérieur refoulent le sinus maxillaire, s'ouvrent parfois dedans; ils soulèvent enfin le plancher de l'orbite, s'ils acquièrent un développement assez considérable.

Quand la paroi du maxillaire ne forme plus autour de la tumeur qu'une mince couche osseuse, on peut sentir en la pressant entre ses doigts ce *craquement parcheminé*, qui indique évidemment que la tumeur est kystique. C'est le symptôme que Dupuytren, après Runge, a mis en évidence.

Plus tard, ce kyste finit par user la coque osseusse qui l'emprisonne, surtout en dehors, et il n'est plus recouvert que par la muqueuse. Enfin, il peut s'ouvrir au dehors, donner issue à une partie de son contenu. Le reste ne tarde par à s'infecter, à suppurer, et il se fait une fistule intarissable par où s'écoulera un pus plus ou moins infect qui sera la cause d'un véritable empoisonnement du malade.

Heureusement, presque toujours, les malades viennent demander les secours de la chirurgie avant cette période terminale.

Anatomie pathologique. — Examinons comment sont constitués ces kystes.

Ils sont emprisonnés dans le maxillaire dont ils ont écarté peu à peu les deux tables et qui a cédé sous leur poussée. En général, ils sont *facilement isolables* de l'os avec lequel ils ne contractent pas d'adhérences intimes. Ils sont arrondis, ovalaires, enucléables sans grande difficulté, une fois le couvercle osseux enlevé.

Presque toujours *uniloculaires*, ils peuvent présenter *deux loges* communiquant ensemble plus ou moins complètement.

Contenu. — Si nous incisons la paroi de ces kystes, nous voyons s'échapper le contenu. Celui-ci est variable, c'est d'abord un liquide de consistance ou de couleur différentes. Tantôt clair, filant, tantôt mélicérique, teinté en brun par du sang; parfois laiteux, il contient des filaments blanchâtres. Avec lui on trouve une matière *lardacée, sebacée,* ressemblant dans certains cas à des œufs de poisson. L'examen histologique démontre que tout

cela est constitué par des cellules épithéliales, des leucocytes, des globules rouges plus ou moins altérés, des gouttelettes graisseuses.

Mais ce qui caractérise ces kystes, c'est la présence dans la cavité et dans l'épaisseur des parois d'*une ou plusieurs dents.* La dent peut être libre dans la cavité; mais le plus souvent elle est implantée dans la paroi qu'elle semble avoir perforée, la couronne seule fait saillie. C'est là un fait important sur lequel nous reviendrons à propos de la pathogénie de ces tumeurs.

Dans des cas plus rares, mais indiscutables, la dent n'avait même pas fait saillie dans la cavité.

En général, la dent qu'on observe le plus souvent est une molaire de remplacement, ce n'est que par exception qu'on rencontre des incisives ou des canines. Ces dents sont plus ou moins mal développées.

La couronne est petite, irrégulière, avec un collet large, des racines rudimentaires ne présentant pas de canal, souvent résorbées. On a signalé de véritables cas d'inversion, dans lesquels la couronne regardait l'os par la surface triturante.

Au lieu de dents plus ou moins embryonnaires, on rencontre souvent des masses ossiformes plus ou moins grosses qui sont constituées par de l'ivoire, recouvertes ou non d'émail.

Nous avons dit que le plus souvent, il n'y avait qu'une dent, il y a à cette règle des exceptions assez nombreuses :

Tomes (1863), en trouva quinze; Oudet, (1858), vingt-cinq. A ce sujet, l'observation la plus curieuse est peut être celle de Tapie, dont nous avons déjà parlé :

Il s'agissait d'une tumeur ayant acquis le volume du poing et présentant deux fistules. Dans l'intérieur du kyste on trouva de la matière sébacée, fétide, brunâtre et renfermant dans ce *magma* une *petite masse dure, ossiforme. Dans l'épaisseur des parois du kyste,* ou faisant légèrement saillie, en dedans se trouvaient une couronne de molaire et un *nombre immense de dents* ayant le volume de la moitié d'un grain de blé et offrant la forme conique. La masse ossiforme centrale, ayant l'aspect d'un calcul, est constituée par une agglomération de dents surnuméraires. La numération approximative de ces dents donne **4700** environ, et si on y joignait les dents incluses dans la paroi, on arriverait à un chiffre étonnant.

Si le contenu de la poche kystique est intéressant, il en est de même de la paroi; sa structure est d'une importance capitale au point de vue de la pathogénie.

Elle se compose de deux couches, l'une externe conjonctive n'offrant aucun caractère particulier, l'autre interne de nature *épithéliale.*

Cette dernière est formée par une accumulation de cellules pavimenteuses statifiées, renfermant çà et là des cellules adamantines étoilées.

Au milieu de ces masses épithéliales, on rencontre fréquemment des productions ossiformes constituées par de l'émail de nouvelle formation.

Dans l'épaisseur de la paroi, on rencontre aussi des diverticules qui ont toujours tendance à devenir kystiques.

L'épaisseur de la paroi est variable, plus ou moins épaisse, nous n'insisterons pas : il vous suffit de retenir que la poche kystique est analogue au tégument externe, qu'elle est recouverte d'un épithélium qui donne naissance à des productions épithéliales, et qui a une tendance à former des kystes, comme le démontrent les récidives.

Pathogénie. — Nous allons maintenant aborder un côté très controverse de la question : la genèse de ces kystes. *D'où viennent-ils? Comment et pourquoi se forment-ils?*

Vous savez déjà, ainsi que je vous l'ai dit dans la précédente leçon, que leur existence est liée a celle des dents. Mais, il reste à connaître la nature de ces relations.

Dès 1839, DIDAY incriminait une *altération du bulbe dentaire* et, pour lui, ce kyste résultait d'un *épanchement intrafolliculaire.*

Cette théorie, tour à tour soutenue par FORGET (1840), GUIBOUT (1847), est en somme la théorie reprise et perfectionnée par BROCA (1869), sous le nom de *théorie folliculaire.*

Le kyste ne serait autre chose que la paroi du follicule surdistendue par un épanchement intrafolliculaire. Suivant que cette hydropisie se produit à telle ou telle période d'évolution du follicule, BROCA décrivait trois variétés de ces tumeurs :

1° Les *kystes de la période embryoplastique* surviennent quand les tissus dentaires (émail et ivoire), ne sont pas formés. Sous l'influence de l'accumulation du liquide, le bulbe dentaire s'aplatit ; mais ces kystes ne renfermant pas de dents, ne doivent pas être étudiés ici, nous les retrouverons dans les « *kystes uniloculaires.* »

2° Les *kystes de la période odontoplastique* surviennent quand l'émail et l'ivoire commencent à se différencier, et c'est ce qui expliquerait, dans les kystes, la présence de rudiments des dents.

3° Les *kystes de la période coronaire* sont ceux qui se sont développés alors que la couronne est définitivement constituée. Ce serait ceux dans lesquels on trouve la couronne saillante, sortant de la paroi, cas si fréquent.

Cette *théorie folliculaire* fut admise aussi par GUYON, MAGITOT, presque sans conteste.

Nous ne parlerons que pour mémoire de l'opinion de GOSSELIN, qui prétendait que ces kystes étaient le résultat d'une ostéité raréfiante. La couche épithéliale qui tapisse ces kystes nous montre combien elle est fausse.

DÉFAUTS DE LA THÉORIE FOLLICULAIRE. — Tout d'abord, elle paraît infectieuse; les kystes des périodes odontoplastique et coronaire correspondent théoriquement à ce qu'on trouve..

Mais, en réfléchissant à la constitution histologique des kystes dentaires, on s'aperçoit bien vite qu'il est *impossible de l'admettre.*

Comment expliquer la présence de dix, vingt, trente, deux cents dents ou rudiments dentiformes?

On ne peut supposer un seul instant, qu'il ait existé dans un endroit de la mâchoire, dix, vingt, trente, deux cents follicules dentaires.

Donc déjà, la *théorie folliculaire ne peut expliquer la présence de la pluralité des dents,* ou *des formations dentiformes.*

La théorie folliculaire n'explique pas non plus les cas où *la dent est en dehors de la cavité, dans la paroi, ou même séparée du kyste, par du tissu conjonctif.* L'épithélium qui constitue l'émail est en contact immédiat avec lui, et un kyste qui se produit à ce niveau doit être en rapport immédiat avec la dent ou n'en être séparé que par une mince couche de cellules épithéliales, mais jamais par du tissu conjonctif.

Enfin, et c'est un argument décisif, comment expliquer les *récidives?*

Une fois la plus grande partie de la tumeur enlevée, on ne peut admettre la production d'un kyste nouveau par l'hydropisie d'un follicule qui n'existe plus.

Théorie paradentaire. — Il faut donc rejeter la théorie de BROCA défendue encore par MAGITOT.

Il faut la rejeter d'autant mieux qu'en face d'elle s'est élevée une théorie nouvelle basée sur les travaux de VERNEUIL, de RECLUS, de MALASSEZ, d'ALBARRAN, et que celle-ci explique tous les faits sans exception.

La *théorie paradentaire*, qui ainsi que je vous l'ai déjà dit, est l'œuvre de MALASSEZ (1884-85), prétend que ces kystes proviennent des débris épithéliaux paradentaires. Ce sont surtout les débris épithéliaux qui siègent dans le gubernaculum dentis et qui sont échelonnés dans ce canal qui s'appelle l'*iter dentis* que doit parcourir la dent de remplacement pour arriver à la place de celle de première dentition ; ce sont aussi les débris qui enveloppent le follicule qu'on doit incriminer.

La prolifération anormale donne naissance à des *masses kystiques,* en raison d'une prédisposition certaine, et à des produits dentaires ou dentiformes qui sont tout à fait en rapport avec le rôle que joue cet épithélium dans les mâchoires.

Ces kystes, en se développant, gènent le ou les follicules dentaires qui sont au voisinage. Ces dents voisines évoluent plus ou moins mal, elles présentent des déformations variables.

A mesure que le kyste s'accroit, la paroi est soulevée, puis traversée peu à peu, par la dent qui peut rester en dehors ou faire saillie dans la cavité.

Mais en dehors de ces dents qui proviennent de l'évolution naturelle des follicules voisins, l'épithélium de ces kystes, fabriqués des produits analogues aux dents, des *plaques,* des *graines dentaires.* Bernays (1885), a souvent rencontré des masses épithéliales entourées d'une couronne d'émail. Nélaton (1856), avait lui aussi rencontré, dans la paroi d'un kyste, des cordons cylindriques renflés, de consistance osseuse, qui étaient ces transformations épithéliales dont nous parlons.

Cette *théorie explique tout* : Elle nous montre que la tumeur tapissée d'un épithélium, est d'origine épithéliale; elle nous explique la présence des dents en dedans ou en dehors du kyste; la raison de leur grand nombre est celle de toutes ces masses dont nous avons parlé.

Il ne nous reste plus qu'à savoir pourquoi les débris paradentaires donnent naissance à ces productions kystiques. C'est une question a peu près impossible à résoudre.

Cependant, Albarran invoque une raison qui pourrait être prise en considération. Pour lui, la cause pourrait fort bien tenir à une *oblitération ou une déviation de l'iter dentis.*

Si ce canal que doit parcourir la dent de remplacement pour arriver dans l'alvéole est obstrué ou dévié, que se produira-t-il?

Lorsque le follicule évoluera, quand la dent sera poussée vers ce canal par sa racine qui refoule la couronne à l'extérieur, elle ne trouvera plus son chemin, et elle comprimera les débris épithéliaux qui se trouvent dans le gubernaculum dentis. Ces cellules épithéliales comprimées, irritées, réagissent. Elles prolifèrent, et en raison de leur tendance naturelle, donnent des productions kystiques.

Il existe des arguments en faveur de cette pathogénie.

Les dents qui ne présentent presque jamais de kyste, les canines et les incisives, sont celles qui ont l'*iter dentis* le plus large.

Les kystes sont fréquents au niveau des molaires qui ont le canal le plus étroit.

Ces kystes coïncident en effet avec la deuxième dentition, et sont très fréquents dans les cas de dents héter otopiques, de dents

inverties, où ce canal est oblitéré ou présente des malformations considérables.

Avant d'aborder le diagnostic et le traitement de ces kystes des mâchoires, nous allons poursuivre dans notre conférence prochaine, l'étude des *kystes uniloculaires,* la seconde variété des *kystes dermoïdes.*

ANESTHÉSIE PAR LE CHLORO-MÉTHYLEUR

Nous avons eu l'occasion, ces temps derniers, d'employer à l'Ecole dentaire le Chloro-Méthyleur comme anesthésique. Employé habilement par M. Seigle, pharmacien spécialiste, ce produit nous a donné d'excellents résultats.

Au point de vue chimique, le Chloro-Méthyleur est obtenu par un mélange d'oxyde et de chlorure de méthyle rectifiés, calculé pour amener le point d'ébullition à 0°. Il est maintenu liquide sous pression de trois atmosphères dans des flacons métalliques. Ces flacons très élégants sont munis d'un robinet de précision permettant de régler à volonté l'émission du mélange réfrigérant. Enfin, il y a deux sortes d'aiguilles permettant d'obtenir à volonté soit un jet filiforme soit un jet pulvérisateur, selon les parties qui devront être anesthésiées.

Pour se servir de cet appareil, si l'on veut procéder à l'extraction d'une ou plusieurs dents, il faut d'abord avoir soin de bien sécher la partie à insensibiliser. Puis on maintient le flacon à une distance d'environ 15 centimètres de la gencive. On le tient à pleine main en ayant soin de porter deux doigts sur la partie molletée et de lui faire effectuer un léger mouvement de droite à gauche jusqu'à ce que le jet soit bien réglé et sorte sous forme de jet capillaire ou sous forme de jet pulvérisateur, selon le bout que l'on emploiera. (Pour les dents du haut, on emploie la canule courbe à jet pulvérisateur. La canule droite sert pour les dents du bas.) Le liquide étant très actif, l'anesthésie se produit au bout de 10 à 12 secondes et dure environ 50 secondes.

Malgré les avantages qu'offre cet appareil, nous avons remarqué qu'il avait des inconvénients. D'abord il est volumineux et occasionne une certaine appréhension au malade, qui n'aime pas à voir les instruments qui vont servir pour lui. De plus il serait préférable, et c'est un progrès à apporter, qu'à la place de cette partie molletée qui embarrasse, il y eut simplement un petit curseur que l'on ferait manœuvrer avec plus de facilité, car pour l'opérateur qui travaille seul et qui n'a pas d'aides comme dans les cliniques, cet appareil est gênant.

Néanmoins nous avons pû apprécier les avantages du chloro-

méthyleur dans les soins des caries du 3e degré. Avec une anesthésie d'environ 10" nous avons eu le temps d'ouvrir les canaux, enlever la pulpe sans que le malade accuse la moindre douleur.
Voici du reste les observations que nous avons prises et les résultats que nous avons obtenus avec le Chloro-Méthyleur.

Observations du 16 et du 25 Mars 1897.

1re *Observation.*

— Mme D.., 42 ans. — Extraction dent de sagesse inférieure droite. Pas de douleur pendant l'extraction.

2me *Observation.*

— M. C.., 45 ans. — Extraction première grosse molaire supérieure gauche. Le malade dit qu'il n'a ressenti qu'une pression pendant l'extraction.

3me *Observation.*

— Louis P.., 29 ans. — On a arraché successivement à ce malade les racines des deux prémolaires inférieuresdroite avec une seule anesthésie. Le malade nous a dit que c'était la première fois qu'on lui arrachait des dents sans douleur.

4me *Observation.*

— L.., 16 ans. — Extraction première grosse molaire inférieure droite. L'enfant accuse une petite douleur pendant que l'on fait l'anesthésie. La dent était cariée au troisième degré ; cette douleur n'aurait pas eu lieu si on avait obturé la dent au préalable soit avec du coton, soit avec de la cire; pendant l'extraction il n'a rien senti si ce n'est une pression.

5me *Observation.*

— Mme D.., 24 ans. — Extraction deuxième petite molaire supérieure droite. — Pendant l'anesthésie, petite sensation de froid. Au moment de l'extraction, elle nous a dit qu'elle avait ressenti un poids et non une douleur.

6me *Observation.*

— Mlle W.., 18 ans. — Extraction première grosse molaire supérieure gauche. — Jet de 5"; pendant l'extraction pas de douleur. Cinq minutes après on lui a enlevé la première petite molaire du même côté. La malade a accusé une légère douleur, supportable, pendant l'extraction.

7me *Observation.*

— Mlle X.., 20 ans. — Cette personne se présente à nous pour se faire soigner la première petite molaire supérieure gauche, cariée au troisième degré. Nous lui faisons une anesthésie de 10", et de suite après on a pu perforer la chambre pulpaire, ouvrir les deux canaux et enlever la pulpe sans que la malade ait ressenti aucune douleur. Pour pratiquer cette anesthésie, nous nous sommes servi de la canule courbe, jet capillaire.

8me *Observation.*

— Mme L..., 26 ans. — Extraction racines de la deuxième grosse molaire supérieure gauche; petite douleur très supportable à l'extraction.

9me *Observation.*

— Mme D..., 20 ans. — Extraction première grosse molaire inférieure droite. Pas de douleur pendant l'extraction. Anesthésie générale rapide. Cessation de la pulvérisation dès qu'elle est produite. Pas d'accident.

10me *Observation.*

— Mme L..., 27 ans. — Extraction des racines des incisives centrales supérieures. Anesthésie 10". Pas de douleur pendant les extractions.

11me *Observation.*

— M. H..., 24 ans. — Extraction deuxième grosse molaire inférieure droite. Pendant l'extraction le malade dit n'avoir ressenti qu'une pression.

12me *Observation.*

— M. B..., 15 ans. — Extraction première grosse molaire inférieure gauche. Pas de douleur pendant l'extraction, si ce n'est une pression.

13me *Observation.*

— M. R..., 13 ans. — Extraction deuxième grosse molaire supérieure droite. Le malade semble refuser l'anesthésie, mais après l'extraction il nous dit n'avoir rien senti.

14me *Observation.*

— M. F..., 17 ans. — Extraction deuxième grosse molaire inférieure droite. Malgré les mauvaises conditions de l'anesthésie, le malade à bien supporté l'extraction et dit ne pas avoir souffert.

15me *Observation.*

— M. O..., 17 ans. — Extractions racines première grosse molaire supérieure gauche. Pendant l'extraction, pas de douleur.

Il faut convenir que toutes ces observations présentent des succès, mais il faut aussi noter les inconvénients du système. Nous avons parlé de la grosseur de l'appareil; nous n'y reviendrons donc pas, quoiqu'ainsi que nous le disions, la vue des engins volumineux, lourds, ne manque jamais d'impressionner désagréablement le patient. Il est un inconvénient plus grand, c'est l'ouverture et la fermeture de l'orifice qui se fait par un mouvement de rotation qu'on imprime à la canule au moyen d'ailettes situées sur les côtés de cette canule. C'est d'un maniement très difficile, car on tient le corps du récipient à pleine mains, les doigts dirigés vers l'orifice, et dans cette position il faut donner un coup de pouce de gauche à droite pour ouvrir la canule et pour permettre la sortie du jet.

L'opérateur dirige son jet sur la manche gauche de son habit, mais le second temps doit s'opérer dans la bouche du patient et la fermeture doit se faire brusquement avant de retirer l'instrument. Il faut, en effet, éviter le mouvement d'aspersion de haut en bas et de bas en haut, fort désagréable, et qui enlève à une technique opératoire ce qu'elle doit avoir de précis aux yeux de l'opérateur et du patient. C'est ainsi que, avec l'ongle du pouce de la main droite, on ferme difficilement ou on ne ferme pas l'appareil ; on continue donc la propulsion d'une grande quantité de vapeurs dans la bouche, et on risque de déterminer une anesthésie générale qui pourrait ne pas être sans dangers. Songeons que notre malade est en ce moment dans la position demi verticale ou même absolument verticale, et si nous soignons une femme ou une jeune fille, nous pouvons compter qu'elle est sanglée dans un corset; bref, le patient est dans les conditions les plus favorables à un accident et même à un malheur. L'anesthésie locale devient générale par les vapeurs chloro-méthyliques absorbées, et le patient s'endort brusquement. Ce sommeil se produit physiologiquement par la vaso-constriction des artérioles cérébrales; or, nous le répétons, cette anesthésie brusque, le malade étant vertical et souvent sanglé au point de ne pouvoir faire la respiration artificielle, peut déterminer une anémie cérébrale telle que la syncope et la mort en soient les rapides conséquences.

Et alors que de reproches, que de malédictions accableront le malheureux chirurgien dentiste diplômé! — On l'accusera de n'avoir pas examiné le cœur, les artères, le système circulatoire, les reins de son malade; de n'avoir pas interrogé ses antécédents, et on ne manquerait pas de remettre en cause la latitude donnée au Chirurgien-dentiste de pratiquer seul cette anesthésie qu'aucun médecin prudent n'essaye ainsi. On lui reprocherait aussi d'avoir laissé son malade vertial, de n'avoir pas exigé l'enlèvement du corset, ce qui ennuie tant les femmes, car le corset est la charpente de leur toilette. Et ces griefs exposés en justice ne manqueraient point d'entraîner quelque éclatante condamnation et de faire prendre des dispositions tendant à supprimer le droit de pratiquer l'anesthésie, qui nous est conféré depuis si peu de temps.

Il y a eu assez de malheurs de cette sorte à déplorer dans la chirurgie dentaire pour que nous fassions ces légères critiques, pour l'édification des praticiens qui voudraient essayer de ces précieux appareils. — Malgré l'habileté et l'habitude de l'anesthésiste venu à l'Ecole, n'oublions pas que notre observation nº 9 relate une anesthésie générale, et on comprendra combien ce phénomène se produira plus facilement dans un Cabinet ou l'opérateur, souvent distrait par l'entourage du patient, souvent inexpérimenté, dépassera aisément la limite physiologique de l'anesthésie et atteindra l'anesthésie générale *usque ad mortem*.

Mais n'insistons pas.

Un autre inconvénient vient du brusque refroidissement qui

frappe la dent et qui la rend cassante. La dent éclate sous le davier avec la plus grande facilité.

Enfin de ce refroidissement peuvent naître des dangers spéciaux pour les dents voisines. Avec le Chloro-Méthyleur Bourdalé, on ne s'occupe pas d'agir simplement sur la dent que l'on veut opérer, on touche toutes les parties voisines muqueuses et dents voisines. Le refroidissement atteint 20° ou 25° sur des parties qui ont une température physiologique de + 38 ou + 38° 5. C'est donc une différence soudaine de 60° ou 65°.

Dans ces conditions, n'est-il pas à craindre que la pulpe des dents voisines ne soit tuée par ces variations brusques de température ?

Nous soumettons cette dernière crainte aux praticiens qui emploieront le Chloro-Méthyleur, et je suis convaincu que les *Archives nationales de Stomatologie et d'Art dentaire*, enregistreront toutes les observations que les praticiens voudront bien transmettre sur cette intéressante question.

En résumé, le Chloro-Méthyleur Bourdalé rendra des services importants dans la chirurgie générale; mais dans la chirurgie de la bouche et de la face, nous ne le préconiserions pas, pour les raisons que nous venons d'énumérer.

Il nous a paru intéressant de consigner quelques anesthésies par le chlorure d'Ethyle que pratiquait comparativement le Docteur Rolland, dans sa clinique du jeudi 8 avril.

1re *Observation.*

Mme G..., lisseuse, 45 ans. — Chicots des deux incisives centrales de la mâchoire inférieure. Pulvérisation 20", extraction sans douleur, par M. Blackie, élève de service. Le davier est remis deux fois pour le chicot gauche.

2me *Observation.*

X..., soldat du 18me escadron du train des équipages. — Carie du 3° de la 1 G M S D, pulvérisation 30". — Extraction indolore de la dent, par M. Lassaque, démonstrateur du service.

3me *Observation.*

M. H..., homme de peine, 25 ans. — C S D. — Dent découronnée, pulvérisation 15". Le Docteur Rolland extrait la dent; le patient déclare n'avoir ressenti qu'une secousse.

4me *Observation.*

M. L., étudiant en médecine. — Très effrayé, chicots de la 2me G M I D, périostite légère. Avulsion indolore par M. Oubrerie, pharmacien, élève du service.

5me *Observation.*

Mme L.., femme de service, 27 ans, carie au 2° de la dent de sagesse inférieure droite. — Veut à tout prix être débarrassée de sa dent qui l'empêche de dormir depuis huit jours et dont les douleurs irradient du côté

de la nuque et de l'épaule. Pulvérisations 30". 1° Tentative d'extraction; le davier dérape. Emploi de la langue de Carpe, extraction de la dent. La patiente pousse un grand cri, mais déclare qu'elle a crié pour rien.

6me *Observation.*

M. J.-P., employé de commerce, 32 ans. — Fracture ancienne des incisives de la mâchoire inférieure. Pulvérisation 25". Extraction de quatre incisives. L'opéré déclare qu'il a senti la sensibilité se réveiller vers la troisième extraction, mais qu'elle n'est pas allée jusqu'à la douleur.

7me *Observation.*

M. A..., douanier, 40 ans. — Grand fumeur. Se dit très courageux, mais déclare cependant qu'il faut lui endormir la gencive, comme aux autres. La bouche est très congestionnée. On n'opère qu'un côté.
Extraction de C S D, cariée au 3°. Chicots de la 1re C M D, de la 2me G M D., cariée au 3°.
Pulvérisations sur toutes ces régions de 35". Anesthésie suffisante.

8me *Observation.*

Mlle B..., 17 ans, très émotive. — Carie du 3° de la 1re G M I G., première pulvérisation de 15", est prise de convulsions; deuxième pulvérisation de 7", on presse l'extraction pour prévenir une nouvelle attaque. La patiente déclare ne pas avoir senti la prise du davier, mais en revanche les mouvements de luxation ont été très *pénibles.*

Les observations s'arrêtent ici et la clinique se continue. On pratique de la même façon et avec des résultats à peu près identiques la série des opérations qui se présentent.

Il reste à conclure.

Nous n'avons naturellement pas la prétention de faire connaître le Chlorure d'Ethyle, si répandu et si employé dans la chirurgie de ces dernières années. Notre but est d'établir un parallèle entre sa tehnique opératoire et ses résultats et la technique opératoire et les résulats du Chloro-Méthyleur que nous avons eu la bonne fortune d'expérimenter.

Le Chlorure d'Ethyle présente un premier avantage, celui de ne pas être contenu dans un trop gros appareil, et par suite, il n'effraie point le malade. Les flacons de verre sont plus agréables à employer que les flacons métalliques; aussi donnons-nous la préférence aux premiers. La fermeture des flacons de Chlorure d'Ethyle est défectueuse, le système à virole n'est pas bon : il est trop long; le système qui consiste à pousser un curseur placé sur l'appareil est le meilleur, mais la fermeture s'adapte généralement mal et ferme incomplètement. Donc des deux côtés, Chloro Méthyleur à ailettes Bourdalé, chlorure d'Ethyle à vis ou à soupape, mauvais systèmes de fermeture.
Des deux côtés, anesthésie locale parfaite.

Mais tandis qu'on obtient ce résultat avec le Chloro Méthyleur par des vapeurs qui remplissent la bouche et qui absorbées en masse produisent l'anesthésie générale, le Chlorure d'Ethyle, lui, précisément par son jet capillaire, ne permet pas d'absorption massive et reste par conséquent dans son rôle d'anesthésique locale et n'expose à aucun des accidents que peut produire, on le conçoit bien, le Chloro Méthyleur Bourdalé.

En outre, l'hypotermie se faisant d'une façon plus lente, permet aux tissus dentaires de réagir contre cette transformation moléculaire qui les rend plus friables; enfin les accidents du côté de la pulpe sont à craindre du côté du Chloro Méthyleur, et l'histoire n'enregistre jusqu'ici rien de semblable de la part du petit flacon de Chlorure d'Ethyle.

En résumé, nous laissons à la grande chirurgie le Chloro Méthyleur, mais nous le repoussons pour l'exercice de la chirurgie dentaire et nous continuons nos faveurs au Chlorure d'Ethyle.

MARCEL DENOYER.
Démonstrateur de Clinique dentaire.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES JOURNAUX

La capacité civile des morphinomanes. — La morphinomanie entraîne-t-elle l'incapacité de tester ?

par le Dr E. BÉRILLON

Jusqu'à ce jour, les tribunaux n'ont pas encore été appelés à décider si un morphinomane pouvait être considéré, par le seul fait de son habitude, comme incapable de tester. Beaucoup de morphinomanes on fait des testaments et jamais aucun arrêt n'est venu déclarer que l'état de morphinomanie pouvait être invoqué comme un état d'esprit entraînant l'incapacité de tester. C'est dire que l'on a pas pensé que la morphinomanie fut inconciliable avec la santé d'esprit nécessaire pour rédiger ou dicter son testament. L'article 901 du code civil est ainsi conçu : « Pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. »

Or, le testament d'un de mes malades, atteint de morphinomanie pendant les trois dernières années de sa vie, vient d'être attaqué pour le motif qu'étant morphinomane, il ne pouvait être considéré suffisament *sanœ mentis* pour faire un testament. Ce jeune malade, cumulant la double situation de fonctionnaire dans un ministère et d'homme de lettres, comme cela se présente assez fréquemment, avait eu l'idée, en compagnie de littérateurs amis, pour stimuler son imagination et augmenter l'originalité de ses productions littéraires, de recourir à l'usage de la morphine. De

l'usage à l'abus, il n'y a qu'un pas. L'abus vint, accompagné des troubles classiques de la morphinomanie. A un moment donné il voulut se guérir et, sur le conseil d'un médecin des hôpitaux, tenta la guérison par la substitution des ingection de cocaïne à celles de la morphine. Ce traitement ne fit qu'aggraver son état. Des abcès multiples en furent la conséquence. Sur mon conseil, il accepta la proposition qui lui était faite d'entrer pendant un mois à l'asile national des convalescents de Vincennes. Là, avec le concours de l'interne, il arriva à diminuer considérablement les doses de morphine et la guérison fut presque complètement obtenue. Mais le malade eut des ennuis de famille, et malgré sa bonne volonté le traitement fut interrompu. Depuis il me consulta fréquemment à ma clinique. J'appris un jour par les journaux, qu'il venait de succomber subitement dans la rue. Sa mort subite ne me surprit pas. Après des privations de toutes sortes, j'avais constaté l'apparition de symptômes de tuberculose pulmonaire, et j'avais jugé que ces symptômes constituaient une contre-indication à la suppression radicale de la morphine.

Un testament, et même plusieurs furent trouvés dans ses papiers. Ils étaient tous caractérisés par cette disposition que sa famille, dont l'avarice avait été pour lui la cause d'ennuis très réels, était desheritée. Un parent attaqua la validité du testament, s'appuyant sur ce fait que le testateur était morphinomane. Il argue que la morphinomanie constitue un état incompatible avec la santé d'esprit requise pour faire un testament.

J'ajouterai qu'à aucun moment le malade ne m'avait paru présenter le moindre trouble de la raison. Il était très spirituel; ses œuvres littéraires témoignent d'un sentiment artistique très délicat. Il avait gardé jusqu'à la mort, le désir de se guérir de son habitude et il avait assez de volonté pour réaliser son dessein si, d'une part, la tuberculose pulmonaire dont il était atteint et si, d'autre part, la situation très précaire dans laquelle il était laissé par sa famille n'avaient constitué pour le succès du traitement de sérieux obstacles.

C'est le débat actuellement pendant devant les Tribunaux qui m'amène à soumettre à la Société la question suivante :

Un morphinomane doit-il être considéré par le seul fait de son habitude morbide, comme incapable de faire un testament?

TROIS CAS DE TROISIÈME DENTITION

Chez des hommes.

La très intéressante question qu'à soulevée M. Dghoul dans le quinzième numéro des *Archives nationales de Stomatotogie*, nous a valu les trois communications que nous publions :

Marseille, 15 Avril 1897.

Monsieur le Rédacteur *des Archives*,

Je lis dans votre journal de Mars 1897 (*Archives nationales de Stomatologie*), un article dans lequel il est fait mention d'un cas de troisième dentition observé par M. Dghoul chez la femme.

Vous dites d'autre part ne jamais avoir rencontré semblable phénomène chez l'homme. A ce sujet permettez-moi de porter à votre connaissance que j'ai observé deux cas de troisième dentition chez l'homme ;

Le premier en 1892, j'avais extrait à mon client, M. D....., âgé de 70 ans, toutes les grosses molaires de la mâchoire supérieure ; je lui fis une pièce de sept dents qui fonctionna très bien pendant un an. Au bout de ce temps, M. D..... vint me trouver et se plaignit que l'appareil lui faisait mal du côté droit et n'était plus d'aplomb. Après nouvelle observation, et d'autre part, étant parfaitement sûr que je n'avais point laissé des racines lors de l'extraction des dents, je fus convaincu que je me trouvais en présence d'un cas de troisième dentition.

Je fis au dentier, en regard de la dent, une ouverture et nous attendîmes l'éruption de cette dernière. Le sujet a tout le temps souffert et l'orsque la dent fut sortie, je dus pratiquer l'extraction ; elle occupait exactement la place de la première grosse mollaire.

Voici la forme qu'elle avait : 

Deuxième cas observé chez l'homme :

J'ai aussi comme client, M. B...., âgé de 53 ans ; j'ai été appelé à lui enlever toutes les dents de la mâchoire supérieure, j'avais tout d'abord procédé à l'extraction des dents de devant. Six mois après, une canine de troisième dentition fit son apparition. Voilà trois ans que la dent est sortie, elle se trouve un peu en dedans de la bouche. Je tiens à votre disposition son modèle si celà peut vous être agréable, je vous l'enverrai.

En 1880, j'ai constanté également la venue d'une grosse molaire de troisième dentition côté droit, dans la bouche de Mme A...., âgée de 69 ans, trois ou quatre mois après l'extraction des grosses molaires.

J'aurai d'autres cas beaucoup plus intéressants à vous signaler, mais je ne sais si ma lettre vous intéresse, aussi je m'arrête pour aujourd'hui.

Veuillez agréer, etc.

V. GAUDIBERT,

Dentiste,

12, Rue de Rome, 12. — MARSEILLE.

Conseils pratiques.

Manière d'emmancher les outils de Chirurgie

Faites un mélange en parties égales de poudre de pierre ponce et de résine finement broyée, introduisez la quantité nécessaire de ce mélange dans le manche, chauffez la queue de l'instrument, et enfoncez-le à chaud : vous aurez ainsi un outil solidement fixé.

On utilise aussi avec succès pour le même usage les vieux morceaux de meules de corindon, qui broyées fournissent une poudre remplaçant celle énoncée plus haut.

CHARBONNEAU.

Imprimerie des 4 Frères, rue Capdeville, 32.